

介護保険 要介護認定・要支援認定申請取下書

年 月 日

大口町長 様

申出者	住 所	
	氏 名	

(被保険者との続柄)

年 月 日に提出しました介護保険 要介護認定・要支援認定申請書につきましては下記のとおり申請を取り下げます。

記

取下げをする被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	0	0				
	氏 名					生年月日	大・昭 年 月 日				
						性 別	男 ・ 女				
住 所	大口町										
	電話番号 () —										
取下げ理由											